

## ČLENSKÁ PŘIHLÁŠKA

Přihlašuji se za člena spolku DownSyndrom CZ, z.s.

### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

Jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Ulice, číslo \_\_\_\_\_

Město (pošta), PSČ \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

### DÍTĚ S DS:

Jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa (pokud se liší od výše uvedeného) \_\_\_\_\_

Průkaz ZTP/P nebo ZTP nebo ZP\*, číslo průkazu: \_\_\_\_\_

Sourozenci dítěte s DS – jméno + rok narození \_\_\_\_\_

### Časopis PLUS 21

Chci dostávat na výše uvedenou adresu / tuto adresu\*:

Ulice, číslo \_\_\_\_\_

Město (pošta), PSČ \_\_\_\_\_

Datum / podpis: \_\_\_\_\_

\* (nehodící se škrtněte)